

(ふりがな)	
お名前	様
性別	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
〒	ご住所
電話番号 (ご自宅)	(携帯)

■本日はどのような症状で来院されましたか？ ○で囲んでください。

視力低下 ・ ゆがんで見える ・ 黒いものが飛ぶ ・ メガネを作りたい ・ 二重に見える
 充血 ・ かゆい ・ めやに ・ 腫れ ・ 痛い ・ 涙が出る ・ ゴロゴロする
 学校検診または健康診断の再検査
 その他 ()

■どちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

■症状はいつからですか？ 日前から ヶ月前から 年前から

■他の眼科を受診した事がありますか？または受診中ですか？

いいえ ・ はい (どのような症状で: 処方薬:)

■今までに眼の手術をされた事がありますか？

いいえ ・ はい (病名:)

■現在、メガネを使われていますか？

いいえ ・ はい (運転や授業など遠くを見る用 / 老眼鏡 / 遠近両用)

■コンタクトレンズを使用していますか？

いいえ ・ はい (ハード / 1day / 2week / 1month / 常用 / 遠近両用 / カラー)
 商品名: 度数: 右眼 左眼

■現在治療中の疾患、または過去にかかった疾患があれば教えてください。

高血圧 ・ 喘息 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 脳梗塞 ・ 喘息 ・ 花粉症
 糖尿病 (HbA1c: %)

■今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい (アレルギーを起こしたもの:)

※お薬手帳をお持ちであればご提出ください。※保険証のコピーをさせていただきます。ご了承ください。